

**Nachweis zur Vorlage bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns nach § 5 Abs. 1 Nr. 6,  
Abs. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur gemäß § 135 Abs. 2 SGB V**

**über die Teilnahme an einer Fallkonferenz/ einem Qualitätszirkel zum Thema  
„Chronische Schmerzen“**

Datum: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ Uhr

Behandelte Themen / vorgestellte Fälle zu folgenden Themen:<sup>1</sup>

---



---



---

Teilnehmer<sup>2</sup>:

1.)	Titel: _____		Name: _____		Vorname: _____		LANR: _____	
	Akupunkturgenehmigung bei KV vorhanden?						Unterschrift:	
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein – Facharztbez.: _____						

2.)	Titel: _____		Name: _____		Vorname: _____		LANR: _____	
	Akupunkturgenehmigung bei KV vorhanden?						Unterschrift:	
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein - Facharztbez.: _____						

3.)	Titel: _____		Name: _____		Vorname: _____		LANR: _____	
	Akupunkturgenehmigung bei KV vorhanden?						Unterschrift:	
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein - Facharztbez.: _____						

<sup>1</sup> kurze Beschreibung von vorgestellten Fällen und behandelten Themen; bitte keine Patientendaten

<sup>2</sup> Für die Anerkennung der Fallkonferenz/ des Qualitätszirkels müssen mindestens zwei Teilnehmer über eine Akupunktur-Genehmigung verfügen. Die Bestätigung kann für alle unterzeichnenden Genehmigungsinhaber anerkannt werden, Sie müssen die Bestätigung nur einmal einreichen.

4.)	Titel: _____		Name: _____		Vorname: _____		LANR: _____	
	Akupunkturgenehmigung bei KV vorhanden?						Unterschrift:	
	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein - Facharztbez.: _____					

5.)	Titel: _____		Name: _____		Vorname: _____		LANR: _____	
	Akupunkturgenehmigung bei KV vorhanden?						Unterschrift:	
	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein - Facharztbez.: _____					

6.)	Titel: _____		Name: _____		Vorname: _____		LANR: _____	
	Akupunkturgenehmigung bei KV vorhanden?						Unterschrift:	
	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein - Facharztbez.: _____					

7.)	Titel: _____		Name: _____		Vorname: _____		LANR: _____	
	Akupunkturgenehmigung bei KV vorhanden?						Unterschrift:	
	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein - Facharztbez.: _____					

8.)	Titel: _____		Name: _____		Vorname: _____		LANR: _____	
	Akupunkturgenehmigung bei KV vorhanden?						Unterschrift:	
	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein - Facharztbez.: _____					

Das Einverständnis der Genannten zur Weitergabe der angegebenen Daten an die KVB liegt vor.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben:

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift